UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 117

DIFFICULTÉ DU DIAGNOTIC

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA VÉSICULE BILIAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1911

PAR

Georges JEHANIN

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 6 mai 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
FORGUE, Professeur
MASSABUAU, Agrégé
EUZIERE, Agrégé

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA VÉSICULE BILIAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N 117

DIFFICULTÉ DU DIAGNOTIC

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA VÉSICULE BILIAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1911

ACAD. LYON. BAT. BIBL.

PAR

Georges JEHANIN

Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 6 mai 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — RAUZIER, Professeur, *Président.* ; FORGUE, Professeur ; MASSABUAU, Agrégé ; EUZIERE, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap.génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. lib. (ch. de c.)
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct.

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, *président.*	MM. MASSABUAU, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA MERE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

G. JEHANIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ MASSABUAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ EUZIÈRE

G. JEHANIN.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études, nous ne pouvons manquer au devoir agréable d'exprimer tous nos remerciements aux maîtres qui ont bien voulu contribuer à notre éducation médicale et s'intéresser à nous.

Le souvenir de notre séjour à l'Ecole de Rennes nous est cher. Nous remercions spécialement, MM. les Professeur Le Moniet et Millardet, qui guidèrent nos premiers pas dans la clinique. Nos deux années d'externat passées auprès d'eux restent aujourd'hui, pour nous, un des souvenirs les plus chers de notre vie d'étudiant.

Notre reconnaissance est également acquise à MM. les Professseurs Bodin, Assicot et Véron. Nous leur adressons nos remerciements pour l'enseignement précieux, dont il nous a été donné de profiter, aux leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Rennes.

C'est avec les mêmes sentiments de profonde gratitude que nous remercions MM. les Docteurs Sizaret et Latreille, dont nous avons été l'interne, à l'Asile d'Aliénés de Rennes, et qui n'ont cessé de nous témoigner leur amitié.

Enfin, nous emportons de la vieille Faculté de Montpellier un souvenir ému ; notre seul regret est de n'avoir

pu apprécier que trop peu de temps son haut enseignement médical.

M. le Professeur Euzière, que nous remercions pour l'accueil si charmant que nous avons toujours eu auprès de lui, voulut bien nous communiquer les observations principales de notre thèse, dues à l'obligeance de M. le Professeur Massabuau et de MM. les Docteurs Roger et Jourdan, chefs de clinique à l'Hôpital Suburbain.

M. le Professeur Rauzier, nous a fait le plus grand honneur en acceptant de présider cette thèse, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

Que MM. les Professeurs Forgue et Massabuau reçoivent également l'expression de notre gratitude, pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA VÉSICULE BILIAIRE

INTRODUCTION

Parmi les affections du foie et des voies biliaires, il en est une, qui a été relativement peu étudiée par la plupart des auteurs : nous voulons parler du Cancer primitif de la Vésicule biliaire. Nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de cette maladie, le cadre de ce court travail ne nous le permet pas. Nous voulons seulement montrer que le diagnostic du cancer primitif de la vésicule présente des difficultés presque insurmontables, malgré les procédés et les ressources que la clinique et le laboratoire mettent à la disposition du médecin.

L'idée de notre travail nous est venue à l'occasion d'une malade qui a été, cette année, dans le service de M. le Professeur Rauzier.

Dans un premier chapitre, nous ferons un historique très rapide de la question que nous voulons traiter.

Un deuxième chapitre sera consacré à la symptomatologie des formes classiques, hépatique et biliaire du cancer primitif de la vésicule biliaire.

Nous rapporterons ensuite quelques observations, nous exposerons les faits cliniques que ces observations renferment et nous les discuterons.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire du cancer primitif de la vésicule biliaire remonte à une date relativement récente. En 1777, Hall en signale deux cas ; en 1788, Hally, et, en 1794, de Baillie en signalent chacun un cas.

Le premier travail d'ensemble sur ce sujet parut dans les *Archives générales de médecine* en 1840, publié par Durand-Fardel. Il est suivi de celui de Villard, en 1872, dans la *Gazette des hôpitaux*. Dès lors, une série d'observations s'étendant sur un demi-siècle constitue un fond très riche où tous ceux qui se sont occupés du cancer de la vésicule biliaire ont plus ou moins puisé. Qu'il nous suffise de citer, en Allemagne, les articles importants de Kohn (1879), de Krauss (1881), de Stiller, de Zenker (1884), de Bernhein (1886). En Angleterre, de nombreux mémoires ont été écrits sur ce sujet par Fagge, par Maxon, Habershon et Moore. En 1889, Nusser y publia un travail très intéressant et très important qui fut suivi de ceux de Heddœus (1890-1894) et de Petersen (1899).

Cette même année est publié le traité de Lancereaux sur les maladies du foie et du pancréas ; il trace une sympto-

matologie aussi nette que possible du cancer de la vésicule. Deux ans plus tard, paraît l'excellent ouvrage de Terrier et Auvray.

Dans ces dernières années quelques thèses ont été écrites sur ce sujet : Bernard (Lyon, 1897) ; Bonamy (Paris, 1901) ; Dessaigne (Lyon, 1902) ; Ruthon (Lyon, 1906) ; Cotte (Lyon, 1908) ; Cornil, Ranvier, Chauffard, Terrier, ont approfondi la question du cancer primitif de la vésicule biliaire, et des observations en sont rapportées de temps en temps, dans les différentes sociétés de médecine et de chirurgie,

Quoi qu'il en soit, malgré les travaux qu'a suscité le cancer de la vésicule biliaire, le diagnostic en est resté fort difficile. C'est ce que nous démontreront les deux observations principales qui constituent le fond de notre travail.

CHAPITRE II

EXPOSÉ CLINIQUE

Les symptômes du cancer primitif de la vésicule biliaire très variables, très inconstants, sont ordinairement des plus obscurs ; ils ne présentent aucun caractère de certitude. « Le plus souvent, dit Villard, et surtout au début, ces signes sont vagues, indéterminés pour ainsi dire, et plus tard, lorsqu'ils se sont développés, ils présentent un tel caractère de généralité et sont parfois accompagnés de phénomènes si insolites qu'ils peuvent mettre en défaut l'expérience la plus consommée. »

Pour établir le diagnostic, il faut tout d'abord tenir compte du sexe, de l'âge, des antécédents lithiasiques.

Le cancer est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Sur 14 observations de Bertrand, 12 se rapportent à des femmes ; il en est de même pour les 5 observations de Stiller. La statistique de Terrier renferme 40 femmes et 10 hommes sur 50 malades opérés.

Cette affection se rencontre généralement après 50 ans. Sur les 14 malades de Bertrand, 12 avaient plus de 55 ans, et la jeune fille de 18 ans dont parle Markham doit être regardée comme une exception.

Les antécédents lithiasiques sont beaucoup plus importants, mais ils ne se retrouvent pas toujours. Les malades qui font l'objet de nos deux principales observations n'avaient aucun passé lithiasique.

Le début du cancer primitif de la vésicule biliaire est presque toujours latent. Ordinairement, dans l'interrogatoire du malade, on relève, à une époque plus ou moins éloignée, des douleurs vagues dans l'abdomen, une sensation de gêne et de pesanteur dans l'hypocondre droit. A cela s'ajoutent de l'amaigrissement progressif et sans cause apparente, de la perte de l'appétit, des alternatives de diarrhée et de constipation, parfois des vomissements sanglants et des digestions douloureuses.

A la période d'état, survient un ensemble de phénomènes qui ont permis de décrire au cancer de la vésicule deux formes : la forme *hépatique*, l'affection évoluant comme un carcinome du foie ; la forme *biliaire*, caractérisée par un ictère chronique, par rétention, par oblitération du canal cholédoque.

1. *Forme hépatique.* — Dans le cancer de la vésicule biliaire à forme hépatique, l'hypertrophie du foie est souvent le premier symptôme ; son bord antérieur est bosselé. Une douleur spontanée non localisée, d'intensité variable, tantôt vague, tantôt vive, siège dans l'hypocondre droit, s'accentuant d'ordinaire avec les progrès du mal et finissant par devenir intolérable. Le malade s'amaigrit, perd ses forces rapidement et succombe bientôt par cachexie, insuffisance hépatique ou péritonite suppurée au bout de 6 à 8 mois.

Dans cette forme, il n'y a ni ascite, ni ictère au début du moins. Lancereaux donne un bel exemple de cette forme dans la *Semaine médicale*, 1887.

Observation Première

(Lancereaux, *Semaine médicale*, 1887)

Femme de 50 ans, mécanicienne, se plaint de douleurs vives dans le côté droit depuis 5 à 6 mois environ ; à peu près à la même époque, elle s'est aperçue que, dans la région du creux épigastrique et dans le flanc droit, il se formait comme une tuméfaction profonde qui s'est notablement accrue depuis cette époque. Quoiqu'elle eût conservé tout son embonpoint et même un certain degré d'obésité, elle avait quelque peu perdu ses forces. A part quelques troubles digestifs, elle se portait relativement bien. Depuis un an seulement, elle vomissait assez fréquemment, surtout après les repas, mais elle avait conservé son appétit jusqu'à ces dernières semaines.

A l'examen, on constatait une augmentation de volume du foie, qui dépassait le rebord des fausses côtes de quatre à cinq travers de doigt et qui formait une saillie dure, ligneuse, surtout au niveau de l'appendice xyphoïde. Dans le reste de son étendue, sa surface était plutôt lisse et unie. Pas de bosselures bien nettes. Pas d'ictère, pas d'amaigrissement notable, pas de pigments biliaires dans les urines, pas d'ascite.

Diagnostic clinique hésitant entre une cirrhose alcoolique hypertrophique et un carcinome du foie. Tout faisait plutôt songer à la première hypothèse, sauf la dureté du lobe gauche du foie. La marche rapide des événements ramena vers la deuxième hypothèse. La malade mourut présentant dans ses derniers jours des phénomènes d'insuffisance hépatique (langue sèche, recou-

verte de fuliginosités noirâtres, température élevée, délire, collapsus et mort).

A l'autopsie, foie volumineux pesant 5 k. 190, parsemé dans son intérieur de nodosités rouges, molles, à peine saillantes, distinctes les unes des autres, du volume d'une lentille à celui d'une amande. Dans le voisinage de la vésicule, existait une masse blanchâtre, d'aspect encéphaloïde. La vésicule était distendue, remplie de calculs (40), nageant dans un liquide brunâtre.

Le fond de la vésicule était occupé par une ulcération ayant détruit toute la muqueuse et dont les bords étaient indurés, saillants. Tous les autres organes n'étaient pas lésés.

Il s'agissait là bien certainement d'un cancer primitif de la vésicule biliaire avec généralisation au foie, et c'est un fait qui, au point de vue clinique et anatomique, présente un réel intérêt, car il est bien certain que parfois des cas semblables ont été pris pour des cancers primitifs du foie.

II. *Forme biliaire.* — Dans la forme biliaire, d'ailleurs plus fréquente, la scène est entièrement occupée par un ictère par rétention, auquel viennent s'ajouter l'ascite, les phénomènes cachectiques et les troubles urinaires.

A côté des troubles digestifs précoces et peu marqués du début, le malade peut avoir de la distension intestinale, de la flatulence, des hoquets, des vomissements. Il existe parfois un dégoût marqué pour les aliments gras.

L'ictère constant tend à s'affirmer et à augmenter de plus en plus. Il s'accompagne toujours de démangeaisons, de troubles cardio-pulmonaires, de ralentissement du pouls, d'urines verdâtres, de fèces décolorées.

La tumeur, limitée au début, est de grosseur variable.

Son volume varie de celui d'un œuf à celui d'une tête de fœtus. Elle se présente sous la forme d'une masse globuleuse lisse et régulière ou inégale et bosselée, mobile avec les mouvements respiratoires.

La douleur existe pour ainsi dire toujours. Tantôt c'est une sensation de gêne, de tiraillements au niveau du foie ou très souvent de l'estomac, de crampes pénibles, sensation localisée très nettement, en général, dans l'hypocondre droit. Tantôt vive, aiguë, lancinante, elle est intolérable, s'irradiant dans l'abdomen, et se généralisant tellement que le malade ne peut plus dire où il souffre.

La marche de la maladie est fatalement progressive ; l'insuffisance hépatique ou la cachexie sont la terminaison ordinaire. Il est rare que le malade dépasse 18 mois.

Nous empruntons encore à Lancereaux un exemple de cette deuxième variété.

Observation II

(Lancereaux.- Semaine médicale, 1887)

Homme, 55 ans, qui, cinq mois seulement avant sa mort, avait commencé à ressentir des troubles digestifs caractérisés par des douleurs épigastriques et une lenteur toute spéciale pour les digestions ; il avait des renvois et était fréquemment constipé.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, il présentait une teinte ictérique intense, généralisée à toute l'étendue des téguments les matières fécales étaient absolument décolorées, les urines très chargées de pigments biliaires.

Le foie n'était pas augmenté de volume ; il n'y avait pas d'ascite, et vous pensez que l'idée qui se présentait la première à l'esprit était qu'il s'agissait d'un calcul

hépatique probablement enclavé dans le canal cholédoque ; une induration diffuse dans le voisinage des fausses côtes droites, très localisée, ne venait que confirmer ce diagnostic et faire supposer l'existence de concrétions dans la vésicule.

C'est seulement la marche rapide de la maladie, l'affaiblissement progressif, qui nous firent supposer, dans les derniers temps de la vie de notre malade, qu'il s'agissait probablement d'une affection cancéreuse, et encore, on pouvait se demander si ce n'était pas le pancréas qui était en cause en pareille circonstance, ou s'il ne s'agissait pas d'un cancer stomacal, voisin du pylore ou de la petite courbure.

L'autopsie nous démontra que c'était la vésicule, mais la vésicule seule qui était atteinte : pas plus au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, on ne pouvait établir de similitude avec le cas de la malade de l'observation précédente.

La vésicule était ratatinée, remplie de calculs ; les parois épaissies, dures, squirrheuses, se confondaient avec le le tissu hépatique du voisinage, formant une masse d'une dureté véritablement caractéristique ; toute cette masse comprimait le canal hépatique, qui, dans son trajet dans l'épaisseur du foie, présentait un diamètre très considérable, et atteignait le volume du petit doigt environ.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS ET DISCUSSION

Les observations de Lancereaux que nous venons de rapporter sont des types de l'une et l'autre forme du cancer primitif de la vésicule biliaire. Mais le plus souvent les symptômes sont beaucoup plus vagues, les différences sont moins nettement tranchées, et dans la pratique il est ordinairement impossible de dire non seulement à quelle forme, mais encore à quelle affection l'on a affaire.

Les observations que nous allons rapporter en sont un exemple frappant. Nous aurons surtout en vue les deux malades qui ont été traités, l'un dans le service de M. le professeur Rauzier, l'autre dans le service de M. le professeur Forgue.

Observation III

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs Roger et Jourdan.)

Mons Clémence, 46 ans, sans profession, entre le 1er février 1911 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, n° 30, pour une douleur de l'hypocondre droit. La malade se plaint, depuis environ 2 ans, de vagues

troubles dyspeptiques avec asthénie matinale. Depuis six mois, elle éprouve environ tous les quinze jours des crampes d'estomac assez violentes durant quelques heures et ne s'accompagnant pas de vomissements. Il y a deux mois, survint un embarras gastro-intestinal plus accusé, avec douleurs plus vives et plus tenaces ayant nécessité 8 jours de repos au lit.

Depuis lors l'état saburral des voies digestives persiste ; il y a quinze jours, survint un bel ictère avec urines bilieuses, fèces décolorées, qui dura 3 jours, cet ictère avait été précédé de douleurs vives dans les régions épigastrique et hypocondriaque droite, irradiées vers l'épaule, accompagnées de vomissements.

La température prise presque journellement depuis cette époque n'a à aucun moment décelé de fièvre.

Parmi les antécédents de la malade rien à signaler en dehors de 6 grossesses, toutes venues à terme (trois des enfants sont morts en bas âge).

A son entrée à l'hôpital la malade se plaint de douleurs siégeant dans l'hypocondre droit, l'épaule droite et la base du thorax, en arrière. Ces douleurs sont presque continues ; elles n'ont pas le caractère aigu des crises de coliques hépatiques, sont indépendantes des repas et empêchent en partie le sommeil.

L'appétit est conservé et il n'y a pas de dégoût, la malade est au lait. Elle a, dans la journée, quelques renvois et parfois (une à deux fois par jour) quelques vomissements n'ayant jamais contenu de sang. Elle va régulièrement du corps.

Il n'y a pas actuellement d'ictère vrai, mais du subictère conjonctival ; les selles sont normalement colorées.

Les urines contiennent de l'urobiline et des pigments biliaires, des traces d'albumine et une légère quantité de

sucre, 8 gr. (Analyse du 2 février : quantité 1350 ; densité 1044 ; réaction acide ; urée 13,9 par litre ; chlorure 1,80 ; albumine : traces ; sucre : 8 gr. 32).

Température 37°5 ; 38° (rectale).

Pas de céphalée, pas d'épistaxis, pas d'urticaire ni de prurit.

A l'examen, on constate, dans l'hypocondre droit, une résistance nette et l'on a la sensation d'une grosse masse dure descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et débordant la ligne médiane à gauche. Cette masse est un peu douloureuse à la pression, en particulier au niveau de la région vésiculaire.

La rate ne paraît pas augmentée de volume. Il n'y a pas d'ascite, mais il y a un petit épanchement en lame à la plèvre droite.

L'on demande avis à M. le professeur Forgue qui penche plutôt pour le diagnostic de gros foie cirrhotique, de « foie médical », plutôt que pour celui de foie lithiasique ou de kyste hydatique, de « foie chirurgical » qui était l'impression du professeur Rauzier.

On ordonne à la malade un régime alimentaire composé de laitages, œufs et purées et des désinfectants des voies biliaires (benzoate de soude et bicarbonate de soude).

On recherche les éosinophiles dans le sang et on ne constate pas d'éosinophilie.

La malade continue à faire une très légère fièvre, 37°5 à 37°8 et sort du service quelques jours après son entrée.

Elle rentre 8 jours après, le 10 février, et cette fois-ci elle est en poussée d'ictère net avec coloration des téguments, urines acajou et selles mastic. Elle accuse toujours comme symptôme principal les douleurs dans l'hypocondre droit. Cette douleur est peut-être plus vive et il y a même, à de certains moments, une très violente douleur

arrachant des cris à la malade et durant environ une heure. L'appétit est toujours conservé, il n'y a pas de vomissements. Il n'y a ni constipation ni diarrhée.

Le foie présente la même hypertrophie (il mesure 23 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire), mais il y a en plus un gros œdème de la paroi abdominale dans le flanc droit. Le ventre est ballonné, il n'y a pas d'ascite, mais une légère circulation complémentaire abdominale. La température oscille entre 37°8 et 38°3. Le pouls est à 120. Les signes thoraciques montrent une augmentation de l'épanchement pleural ; matité et souffle doux, remontant presque à l'épine de l'omoplate, égophonie et pectoriloquie aphone.

L'analyse des urines (11 février) montre une augmentation considérable du sucre. Quantité d'urine 700 gr. ; densité 1.045, réaction acide ; urée 17,3 par litre, chlorures 2 gr., sucre 75 gr. 60 par litre, trace d'albumine ; pigments biliaires et excès d'urobiline.

Analyse du sang

Globules rouges	4.020.000
Globules blancs	9.000
Polynucléaires	88 0/0
Lymphocytes	12 0/0
Eosinophiles	0

Le 13 février, les douleurs abdominales persistent avec quelques crises douloureuses vives. L'œdème local du flanc droit a augmenté. La dyspnée est intense ; l'épanchement pleural donne une matité et une obscurité respiratoire remontant en avant jusque sous la clavicule. Température 38°. Pouls 120.

En raison de l'abondance de l'épanchement, une thoracentèse d'urgence est pratiquée. Elle est faite peut-être un peu bas, dans le neuvième espace intercostal.

Elle extrait 1.900 cc. de liquide jaune foncé avec reflets verdâtres. La centrifugation du liquide donne un culot abondant composé d'une partie rouge à la superficie et blanche dans la profondeur du tube. A l'examen microscopique, il y a à peu près égale quantité de globules blancs et de globules rouges ; les globules blancs sont surtout constitués par des mononucléaires ; il y a quelques grandes cellules qui paraissent être de grands mononucléaires. Il n'y a que très peu de polynucléaires. La recherche des crochets d'échinocoque dans le culot est négative.

L'examen clinique montre la présence de pigments biliaires (réaction de Gmelin) et des sels biliaires (réaction de Pettenkoffer). Réaction de Moritz positive. Dosage des chlorures : 6 gr. 20. A la fin de la ponction le malade tousse et se met expectorer un crachoir de liquide absolument vert paraissant constitué d'un mélange de pus et de bile. La malade a craché environ 1 heure.

Analyse des urines : Quantité 800, densité 1.043 ; urée 14,2 par litre ; chlorure 1 gr. ; sucre 83 gr. 20.

Le 14 février la dyspnée est diminuée, le malade a une petite toux sèche, fréquente, mais sans expectoration. A l'auscultation, l'obscurité respiratoire a presque complètement disparu, remplacée par de gros râles, pas de tintement métallique, pas de signe du sou.

L'ictère est accru depuis l'entrée de la malade dans le service. Les douleurs abdominales sont moindres, le foie descend moins bas et la matité hépatique, sur la ligne mamelonnaire, mesure 18 cent. de hauteur.

Etant donnée cette diminution de la matité hépatique,

l'atténuation des douleurs, et l'installation d'une communication broncho-biliaire, M. le professeur Forgue se demande si la ponction un peu bas située n'aurait pas vidé en partie, à travers le diaphragme, un kyste hydatique hépatique.

Cependant, malgré cet écoulement biliaire par les bronches pouvant plus facilement faire songer à un kyste hydatique, M. le professeur Forgue n'abandonne pas complètement l'idée d'une néoplasie hépatique, rappelant à cette occasion plusieurs cas qu'il a rencontrés, présentant la même symptomatologie et parmi lesquels, à l'intervention, il s'est trouvé en présence de néoplasmes.

L'on recherche à nouveau les éosinophiles dans la sang.

Polynucléaires	92 °/₀.
Mononucléaires	8 °/₀.
Eosinophiles	0 °/₂₀₀.

L'on fait la précipito-réaction de Fleig et Lisbonne, qui est négative.

Le sérum sanguin donne la réaction de Gmelin.

Le 15 février, la malade n'a plus de toux sèche ; elle expectore quelques crachats verdâtres, paraissant constitués par de la bile presque pure. Les crachats donnent, avec beaucoup d'intensité, la réaction de Gmelin. La recherche des crochets d'échinocoque, soit à l'examen direct, soit après centrifugation des crachats et traitement du culot par la potasse, est négative à plusieurs reprises. Les râles muqueux pulmonaires ont disparu.

Le 16 février. Ponction lombaire ; liquide céphalo-rachidien hypertendu, à reflets verdâtres ; la réaction de Gmelin est négative. Albumine normale. Hyperglycosie.

Le 17 février, la langue est sèche, l'ictère se fonce de plus en plus ; selles moulées blanc mastic. Les douleurs

sont toujours assez marquées, l'œdème de la paroi abdominale augmente. Quelques boutons ecthymateux à la fesse gauche et à la région interfessière. Légère hémorragie intestinale due à des hémorroïdes.

Urines 1.700, densité 1037, acide ; urée 14.2, chlorures 1.60, sucre 62.4, abumine, traces ; excès d'urobiline. Etant donnée l'aggravation de l'état hépatique et de l'état général qui décline, on se décide à tenter, le lendemain, une intervention abdominale.

Mais auparavant on débarrasse la malade de l'épanchement pleural droit qui s'est rapidement reformé ; matité, souffle et pectoriloquie remontant au tiers moyen. On extrait 1.750 cc. de liquide nettement rougeâtre et à reflets verdâtres, donnant un abondant culot constitué surtout par du sang.

Le 18 février 1911, intervention exploratrice. La malade est transportée dans le service du professeur Forgue où l'on pratique l'intervention.

Anesthésie rachidienne lombaire à la novocaïne-suprarénine (0.09 cc. de novocaïne). L'anesthésie est rapidement obtenue. Incision de Kehr. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une certaine quantité d'ascite sanguinolente. On tombe immédiatement sur de l'épiploon complètement transformé. Il s'est, pour ainsi dire, jeté sur le bord tranchant du foie qui est très congestionné (presque noir) et qui dépasse largement les fausses côtes ; il s'est même insinué entre la coupole diaphragmatique et le dôme hépatique. Il est très congestionné (grosses veines dilatées), très épaissi, très infiltré, présentant par places des noyaux durs. On en excise un pour un examen histologique ultérieur.

Le péritoine pariétal et le péritoine hépathique présentent, par places, de petites taches blanchâtres de la

dimension d'une lentille, qu'on pourrait, à première vue, prendre pour des lésions de cytostéatonécrose. Cependant elles n'en ont pas l'aspect aussi blanc brillant que leur décrit Dieulafoy, elles ne sont pas saillantes. L'épiploon est très adhérent au foie. Il se produit une légère hémorragie dans le décollement de ces adhérences ; on est d'ailleurs bientôt arrêté dans ce travail, car autour de la vésicule l'union devient intime. La vésicule et l'épiploon sont transformés en un gros bloc néoplasique fixé de tous côtés et qu'on ne peut aborder. L'abondance et la fermeté de ces adhérences empêchent d'explorer à fond la région pancréatique, mais le diagnostic est fait.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un cancer de la vésicule propagé à l'épiploon, au péritoine pariétal, à la plèvre et probablement aussi au pancréas (?). On se hâte de refermer l'abdomen en laissant une gaze pour arrêter un léger suintement hémorragique, on draine et on suture la paroi abdominale en deux plans.

La malade a supporté son opération aussi bien que le permettait son état antérieur. Sérum 500 cc., huile camphrée toutes les deux heures dans la soirée.

Le 19 février 1911, la malade décline rapidement. Pas de température. Pouls 130.

Elle meurt le 20 février, à 8 heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

L'examen histologique des nodules épiploïques enlevés montre un épiploon très congestionné et infiltré de cellules néoplasiques atypiques.

La sérosité péritonéale couleur jaune orange, prélevée pendant l'intervention, a donné un culot microscopiquement composé en majeure partie de globules sanguins. Les autres éléments figurés qu'on y rencontre sont dans la proportion suivante :

Lymphocytes 85 °/₀, polynucléaires 10 °/₀, grandes cellules ressemblant à des mononucléaires géants 5 °/₀ ; réaction de Gmelin positive.

L'observation que nous venons de rapporter est vraiment remarquable par la précision avec laquelle tous les détails cliniques sont étudiés. Ce cas particulièrement intéressant a été examiné avec un soin tout spécial par les différents maîtres de la Faculté de Montpellier. Tous ceux qui ont pris part à la discussion ont fait de judicieuses remarques sur le cas qui leur était présenté, mais ils se sont heurtés à des difficultés de diagnostic pour ainsi dire insurmontables.

M. le Professeur Forgue était arrivé le plus près du but, puisque, à plusieurs reprises, il a parlé de néoplasme. Et, dans l'observation, nous le voyons revenir plusieurs fois à cette idée de tumeur, comme si c'était là pour lui la véritable cause du mal chez la patiente. Malheureusement nous ne sommes pas tous doués de ce que nous considérons chez nos maîtres, comme un don de seconde vue, qui leur fait distinguer à travers la multitude des signes ceux qui doivent surtout nous retenir dans les cas difficiles. Aussi, après avoir rendu hommage à leur sagacité scientifique, allons-nous essayer de débrouiller les symptômes du cancer de la vésicule biliaire des symptômes des affections qui nous induisent ordinairement en erreur.

Nous étudierons particulièrement l'observation que nous venons de rapporter et qui nous présente les difficultés considérables que nous avons déjà signalées.

Kyste hydatique. — Une des premières hypothèses que l'on puisse faire est celle de kyste hydatique, Les douleurs

vives dans les régions épigastrique et hypocondriaque droites, irradiés vers l'épaule, les vomissements qui les accompagnent, le siège d'une masse assez volumineuse dans l'hypocondre droit peuvent nous guider de ce côté. L'obscurité respiratoire du début qui est due à une mince lame de liquide pourrait être aussi bien rapportée (par erreur de diagnostic) à la présence d'un kyste hydatique se développant d'arrière en avant. Nous aurions affaire à un kyste antéro-inférieur. Bon nombre de raisons, néanmoins, nous font écarter ce diagnostic : d'abord les phénomènes concomitants que nous trouvons dans l'observation de notre malade, ensuite les symptômes de kyste hydatique qui sont loin d'être tous réunis.

L'épanchement en lame dans la plèvre droite est inexplicable avec un kyste antéro-inférieur.

Cette lame de liquide augmente assez rapidement, si bien que l'on est obligé de faire une thoracentèse, et d'extraire 1900 cc. de liquide jaune foncé avec reflets verdâtres. La malade fait de l'ictère, son foie diminue de hauteur sans raison apparente.

Quant aux symptômes du kyste hydatique, que nous ne retrouvons pas chez notre malade, ils sont assez nombreux. Elle n'a aucun dégoût pour les aliments, ni urticaire, ni prurit. On n'a pas trouvé de crochets d'échinocoques dans le culot obtenu par centrifugation du liquide retiré de la plèvre. A plusieurs reprises, ils ont été de même cherchés en vain dans les crachats bilieux. Il n'y avait pas d'éosinophilie sanguine. Enfin la précipito-réaction de Fleig et Lisbonne était négative. Bien que ces derniers résultats ne soient pas toujours suffisants pour éliminer le diagnostic de kyste hydatique, ce que nous avons déjà signalé plus haut pourrait peut-être nous permettre de l'écarter.

En effet, quand le kyste hydatique se développe en avant et sur la face inférieure du foie, il peut arriver à donner la sensation d'une vésicule distendue. Son indolence, les poussées répétées d'urticaire qui peuvent l'accompagner, le bon état général, la présence fréquente d'un léger épanchement pleural, à la base droite, le frémissement hydatique, s'il existe, aident au diagnostic. La ponction exploratrice, si elle retirait un liquide clair avec des membranes et des crochets d'échinocoques, lèverait tous les doutes, seulement les dangers qu'elle comporte doivent la faire rejeter. Si le kyste hydatique s'accompagne d'ictère, les difficultés augmentent et souvent le diagnostic reste hésitant.

Lithiase biliaire. — Le deuxième diagnostic qui se présente ensuite à l'idée est celui de lithiase biliaire, à cause des phénomènes douloureux plus localisés au niveau de la vésicule, de la période antérieure d'ictère et du subictère actuel, bien que l'examen ne permette point de conclure à une grosse tumeur biliaire. Ces phénomènes douloureux, siégeant dans l'hypocondre droit, sans avoir, d'une façon générale, les caractères aigus des coliques hépatiques, deviennent plus vifs et même très violents à certains moments, au point d'arracher des cris à la malade ; ils durent environ une heure. Cependant ce diagnostic peut être repoussé grâce à l'étude de phénomènes concomitants retrouvés dans l'observation, absents dans la lithiase biliaire et aux symptômes de la cholécystite calculeuse qui font défaut.

La malade a des vomissements en dehors de toute crise douloureuse. Le foie qui a mesuré 25 centimètres de hauteur arrive à ne plus mesurer que 18 centimètres, alors qu'aucun phénomène subjectif ne nous montre soit

une évacuation du liquide de la vésicule (hydropisie vésiculaire d'origine calculeuse), soit la migration d'un nombre considérable de calculs (chose qui ne pouvait absolument pas passer inaperçue). La pleurésie dont nous avons déjà signalé l'abondance et qui est en rapport avec l'affection dont nous cherchons à faire le diagnostic s'expliquerait difficilement par l'hypothèse d'une cholécystite calculeuse.

Dans le cas qui nous intéresse, il n'existe pas de coliques hépatiques dont l'aspect clinique si frappant met pour ainsi dire toujours le médecin à même de faire un diagnostic précis de lithiase biliaire. Nous n'avons pas non plus, dans la lithiase biliaire, d'ictère, bien que nous ayons parfois une grosse vésicule, lorsque l'obstruction est limitée au canal cystique. Notre malade, au contraire, présente une grosse vésicule avec de l'ictère. Ces quelques raisons nous paraissent presque suffisantes pour pouvoir éliminer le diagnostic de cholécystite calculeuse.

D'ailleurs, dans cette cholécystite, les parois de la vésicule deviennent fibreuses, se rétractent sur les cholélithes. La vésicule est réduite à un moignon caché sous le foie et très difficile à retrouver, même à l'autopsie. D'autres fois, l'oblitération du cholédoque par un calcul, amène de l'ictère, des troubles digestifs et finalement l'atrophie de la vésicule. Celle-ci se trouve diminuée de volume au lieu d'être hypertrophiée, comme dans le cancer, d'où la formule de Courvoisier-Terrier et de Bard et Pic : « Une rétention biliaire chronique est d'origine cancéreuse, si la vésicule est dilatée ; d'origine calculeuse, si cette dernière n'est pas perceptible. »

La cholécystite scléreuse créera des embarras plus sérieux. Rien ne ressemble plus au cancer de la vésicule que la cholécystite scléreuse, accompagnée le plus souvent de

péricholécystite et présentant des parois d'un centimètre à un centimètre et demi. Parfois, la vésicule rétractée est cachée sous le foie.

Mais plus souvent il y a péricholécystite et tumeur ; à la palpation on observe une zone empâtée, volumineuse. La malade présente du subictère, des troubles digestifs. Sans doute, l'arrivée de la cachexie, plus précoce dans le cancer que dans la cholécystite calculeuse, lèvera les doutes, mais au début l'erreur est permise.

Cirrhose hypertrophique biliaire. — En présence de ce gros foie, on peut se demander si ce n'est pas une cirrhose hypertrophique biliaire. Notre malade, en effet, présente un foie hypertrophié avec ictère et sans ascite. Ses matières ne sont pas décolorées et on constate la présence de pigments biliaires dans les urines. Elle a, en outre, des vomissements, mais son état général est bon.

Cependant, nous n'avons pas le cortège habituel de la cirrhose hypertrophique biliaire, où il existe ni douleur, ni tendance à la production d'épanchement veineux (ascite hydrothorax). La malade accuse des douleurs presque continues qui empêchent en partie le sommeil et elle a un épanchement considérable de la plèvre, avec une légère élévation de température. Nous remarquons une légère circulation veineuse abdominale, une diminution (7 centimètres) du foie, un œdème de la paroi abdominale et une teinte subictérique faisant suite à l'ictère, toutes choses qui ne se rencontrent pas dans la cirrhose hypertrophique biliaire, pas plus d'ailleurs que la fistule broncho-biliaire que porte notre malade. Ajoutons à cela l'absence d'hypertrophie de la rate et de dégoût pour certains aliments.

En résumé, la cirrhose alcoolique hypertrophique est caractérisée par de l'augmentation de volume du foie,

sans ascite, ni dilatation veineuse sous-cutanée, par de l'amaigrissement, des troubles digestifs variés : anorexie, constipation, dégoût pour certains aliments. On pourrait la confondre avec la forme hépatique du cancer primitif de la vésicule biliaire qui s'accompagne des mêmes symptômes. Mais les habitudes alcooliques du malade, son état général, qui malgré tout reste bon, la longue durée de la maladie mettront sur la voie du diagnostic.

Néoplasme. — Il nous reste à examiner un dernier diagnostic, celui de néoplasme. Mais ce néoplasme peut être soit un néoplasme du foie, soit un néoplasme du pancréas, soit un néoplasme du pylore.

1° Néoplasme du foie. — Ici le diagnostic est très difficile.

En effet, le cancer primitif massif du foie est de tous points semblable à la forme hépatique du cancer primitif de la vésicule biliaire ; même hypertrophie en masse, même sensation douloureuse, même état cachectique, même évolution rapide, plus rapide peut-être dans le cancer massif du foie, qui dure de trois à cinq mois, quelquefois un à deux mois seulement. Le diagnostic, dans ce cas, paraît peu possible, à moins que l'attention ne soit attirée du côté de la vésicule par une sensation particulière de blindage, à son niveau.

Le cancer secondaire du foie, bien plus fréquent que le cancer primitif, qui est une rareté, présente des bosselures, des nodosités à la surface du foie. Le plus souvent, on retrouve la lésion primive, qui siège d'ordinaire à l'estomac, plus rarement dans l'intestin, l'utérus, l'ovaire ou la prostate.

Il est donc très difficile de faire, d'une façon précise, le diagnostic entre une tumeur du foie et une tumeur de la

vésicule biliaire. Les symptômes de l'un sont, à peu de chose près, les mêmes que les symptômes de l'autre, et, dans la majorité des cas, l'opération seule pourra montrer à quel organe appartient le néoplasme à diagnostiquer. Il est déjà malaisé de faire le diagnostic du cancer ; à plus forte raison les difficultés augmentent quand on veut préciser le siège du cancer sur deux organes si intimément réunis l'un à l'autre par leurs rapports et leurs fonctions.

La tumeur appartient-elle au pancréas ? Le carcinome du pancréas à été différencié du cancer primitif de la vésicule biliaire par Bard et Pic, dans la Revue de Médecine (1888). La tumeur siège sur la ligne médiane ; elle est fixe et ne se déplace nullement avec les mouvements respiratoires.

L'amaigrissement qui l'accompagne, progresse très rapidement et aboutit bientôt à la cachexie. L'ictère diffère un peu de l'aspect ordinaire de l'ictère chronique ; il est très foncé, devient de plus en plus bronzé, sans aucune rémission ; la vésicule est distendue, fluctuante, si la distension n'est pas trop considérable, sans induration, alors que le foie ne subit aucune augmentation de volume. Ce dernier signe est important ; en effet, le cancer de la vésicule retentit toujours plus ou moins sur le foie, qui dépasse les fausses côtes. On observe encore du sucre dans les urines, des graisses dans les selles.

Est-ce le pylore qui est en cause ? Evidemment la tumeur, la douleur, la compression consécutive au développement d'une masse dans la région de la vésicule biliaire sont des symptômes de cancer du pylore, que nous retrouvons dans l'observation.

Mais, notre malade a en plus de la pleurésie, et nous expliquons mal une origine de cette pleurésie, par un

cancer du pylore, alors que nous n'avons pas d'ascite. Elle présente aussi une variation de l'épaisseur de sa tumeur d'une façon très rapide. Cette variation ne saurait être que très difficilement admise pour un néoplasme pylorique. Comment expliquer la fistule broncho-biliaire et la présence d'urobiline et de pigments biliaires, dans un cancer du pylore ?

Un des principaux symptômes du cancer du pylore est la rétention des aliments avec les vomissements alimentaires, quelquefois même sanguins. Or, notre malade digère bien, ne vomit pas ses aliments, ou du moins, quand elle a des vomissements, il n'ont pas les caractères des vomissements cancéreux (aliments non digérés, couleur marc de café). La douleur à la pression très vive chez les cancéreux est très légère chez elle. Malgré tous ces signes, le diagnostic entre le cancer de la vésicule biliaire et le cancer du pylore, n'en reste pas moins incertain. En effet, on a décrit une forme pylorique du cancer de la vésicule biliaire (Dessaigne). Dans cette forme, on voit la vésicule contracter des adhérences avec le pylore ou avec la partie supérieure du duodénum (première et deuxième portions), amener la compression de ces organes et ainsi déterminer un obstacle au passage des aliments. On comprend que, dans ce cas, nous retrouverons tous les signes de la sténose du pylore, d'origine cancéreuse. L'estomac dilaté présentera une augmentation de la sonorité, du clapotage, des ondes péristaltiques. Les vomissements contiendront des aliments absorbés la veille ou plusieurs jours auparavant ; on observera également l'anorexie, du dégoût pour certains mets, de la constipation, du subictère, une même douleur dans l'hypocondre droit. Cependant, les vomissements ne seront jamais sanglants, ils ne s'accompagneront jamais d'hématémèse,

la cachexie marchera moins rapidement. Hartmann, à la la Société de chirurgie de Paris (octobre 1899), indique un moyen de diagnostic, qui paraît devoir rendre des services dans quelques cas : « On note d'abord le siège exact de la tumeur, puis on délimite la situation de l'estomac à la percussion simple et au phonendoscope, on fait ensuite absorber au malade un mélange effervescent qui, parvenu dans l'estomac, le dilate. Si la tumeur est constituée par la vésicule, elle ne change pas de situation ; si au contraire, elle appartient au pylore, elle remonte et se cache plus ou moins sous les fausses côtes. La percussion de l'estomac, pratiquée déjà et renouvelée, montre que la tumeur siège au niveau de la réunion de la grande et de la petite courbure. » Ce procédé est ingénieux ; mais, si le pylore adhère aux organes voisins, au foie par exemple, comme le fait se produit souvent, il ne changera pas de place lorsqu'on dilatera l'estomac et ainsi, on sera conduit à une erreur de diagnostic. L'absence d'hématémèse est fréquente dans le cancer du pylore ; elle est même la règle tant que ce dernier n'est pas ulcéré ; on ne poura pas se baser sur ce signe. Seule, l'apparition d'une hématémèse lève tous les doutes.

Dessaigne, à côté de la forme pylorique, décrit une autre forme, la forme intestinale qui prête également à confusion. La vésicule cancéreuse adhère souvent au côlon ; dans quelques cas, ces adhérences sont si intimes que le côlon est retenu à ce niveau, et que l'on a tous les signes de l'obstruction intestinale. Etant donné l'état général du malade, on songe au cancer de l'intestin. L'absence de mélœna, de diarrhée sanguinolente, de vomissements fécaloïdes font éviter cette erreur.

Nous venons de discuter les différents diagnostics entre lesquels on pouvait hésiter dans le cas qui nous occupe.

A lire les considérations que nous avons faites à leur sujet, il semblerait qu'il fut relativement assez facile de débrouiller, dans la majorité des cas, un cancer de la vésicule biliaire des autres affections qui peuvent le simuler. En réalité, ainsi que le prouve l'observation de MM. les docteurs Roger et Jourdan, nous rencontrons des difficultés presque impossibles à vaincre. Et nous croyons que le plus souvent on ne peut arriver à diagnostiquer le cancer de la vésicule biliaire que par élimination. Nous portons ce diagnostic en désespoir de cause, n'ayant pas trouvé de symptômes suffisants pour affirmer un des diagnostics précédents, à moins de pratiquer la laparotomie.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Massabuau.

Cette observation est particulièrement intéressante parce qu'elle nous montre que si Dessaigne a pu décrire une forme pylorique et intestinale du cancer de la vésicule biliaire, on peut en décrire une forme calculeuse. Elle nous présente la tableau d'un cancer de la vésicule biliaire dont tous les symptomes tendent à faire croire que l'on a une cholécystite calculeuse. C'est d'ailleurs le diagnostic qui fut porté en cette circonstance ; il eût été difficile, presque impossible, d'en porter un autre. Nous tenons cependant à faire remarquer que M. le professeur Forgue avait ici encore la sensation qu'il pouvait bien avoir affaire à un néoplasme de la vésicule biliaire. Son impression était la bonne.

G. G..., âgé de 55 ans, entre le 31 janvier 1908 dans le service de M. le professeur Forgue.

Nous notons dans ses antécédents personnels l'existence d'une fluxion de poitrine à l'âge de 25 ans, depuis laquelle le malade n'a cessé de tousser et de cracher tous les hivers : il a même eu quelques hémoptysies.

Au mois d'octobre 1907, alors qu'il était en bonne santé et qu'il exerçait le métier de cultivateur, il a été pris de douleurs dans l'hypocondre droit, dont l'intensité est allée en croissant très rapidement

Ces phénomènes se manifestaient sous forme d'un état douloureux continu, sur lequel se greffaient de véritables crises extrêmement pénibles. Ces crises survenaient trois, quatre fois par jour, quelquefois davantage, avec irradiation de douleurs dans tout l'abdomen, mais surtout dans l'épigastre, dans la région lombaire et dans l'épaule droite.

Aucun vomissement, aucun trouble de miction. Au bout de sept à huit jours de cet état douloureux, une tuméfaction est apparue, localisée au niveau de la partie haute du bord externe du grand droit. Le médecin appelé prescrit l'application de cataplasmes chauds laudanisés, et au bout de quelques jours, dit le malade, la tuméfaction rétrocède progressivement, en même temps que les phénomènes douloureux s'atténuent.

Au bout de vingt jours, le malade peut se lever, mais il ne peut reprendre son travail.

Les phénomènes douloureux ne disparaissent pas complètement : de temps en temps, il présente quelques crises nécessitant pendant plusieurs jours le repos complet.

La douleur constitue toute la symptomatologie de ce malade. Il digère bien et n'a jamais vomi, ses garde-robes sont assez régulières et il n'a jamais eu d'hémorragie intestinale, ni d'ictère.

Il urine bien, n'a jamais eu d'hématurie ni de sablose urinaire.

L'analyse des urines montre qu'elles sont normales comme urée et chlorures, qu'il n'y a pas d'albumine ni de sucre, mais qu'il existe un excès d'urobiline, pas de pigments biliaires.

Au niveau du poumon, il présente de l'induration du sommet gauche et un peu de pleurite adhésive à la base droite.

Quand on l'examine, on constate que cet homme est assez considérablement amaigri ; on note une très légère teinte subictérique des conjonctives.

Le ventre est ballonné et tendu. La palpation, dans la région de la vésicule, révèle un point douloureux nettement marqué au niveau du bord externe du grand droit.

Les muscles, très tendus et contracturés, offrent, à la main qui palpe, une résistance invincible, et l'on ne peut arriver à percevoir nettement dans la profondeur les contours d'une tuméfaction. A la percussion, le foie déborde légèrement le rebord des fausses côtes : il y a de la sonorité dans toute l'étendue de la région douloureuse

En raison de cet ensemble symptomatique et surtout de l'existence de ces phénomènes douloureux qui ne rétrocèdent pas, on porte le diagnostic de « Cholécystite calculeuse », non sans avoir fait des réserves au sujet de la possibilité d'un néoplasme du foie ou de la vésicule biliaire.

La laparotomie est pratiquée par M. le professeur Forgue, le 2 mars 1908. A l'ouverture du ventre, s'échappe une assez grande quantité de liquide d'ascite séreux et citrin. L'épiploon, très volumineux mais libre, est écarté, et l'on peut voir une vésicule biliaire transformée en une masse du volume d'un œuf à surface irrégulière et

dont les parois sont épaisses et dures ; l'infiltration néoplasique indubitable semble plus marquée au niveau du fond et de la paroi supérieure de la vésicule. Le parenchyme hépatique avoisinant est parsemé sur une assez grande étendue de nodosités saillantes de volume variable, de couleur blanchâtre et qui dénotent la propagation au foie du cancer de la vésicule.

En raison de cette propagation diffuse au parenchyme hépatique, et malgré l'absence d'adhérences intestinales ou gastriques, la masse néoplasique est inextirpable et le ventre est refermé après une simple laparotomie exploratrice.

Depuis l'opération, les forces du malade vont en déclinant du fait même de l'intoxication cancéreuse ; il a présenté, ces jours-ci, une éruption purpurique généralisée, non accompagnée d'hémorragies au niveau des muqueuses.

Dans cette observation, nous voyons la douleur être le principal, pour ne pas dire le seul symptôme de la maladie. Cette douleur affectait les caractères de la colique hépatique, et c'est pourquoi on porta le diagnostic de cholécystite calculeuse. Nous ne croyons guère que l'on puisse se prononcer d'une façon absolue pour une autre maladie. Nous avons déjà exposé les difficultés du diagnostic entre une cholécystite calculeuse et un cancer de la vésicule biliaire, quand il y a des signes nets de l'une ou l'autre affection. A plus forte raison, le diagnostic deviendra particulièrement délicat si la forme affectée par le cancer de la vésicule biliaire présente des symptômes analogues à ceux de la cholécystite calculeuse. Cependant, si nous examinons notre malade pendant un temps assez long, tandis que la lithiase biliaire n'entraîne que

des complications relativement éloignées, le cancer de la vésicule biliaire tend à prendre assez rapidement une allure cachectique qui peut nous mettre sur la voie d'une affection grave. Pour voir la question de plus près, on pourra se reporter à la discussion de l'observation précédente où nous avons déjà traité du diagnostic de la lithiase biliaire et du cancer de la vésicule biliaire. Il est inutile d'en signaler ici de nouveau tous les détails, ce qui ferait double emploi.

Observation V

(Hochenegg, 1890)

Femme, 58 ans. Douleur d'abord diffuse qui, plus tard, se localisera au-dessous du rebord costal. Amaigrissement considérable. Vomissements. Tumeur dure bosselée se déplaçant avec les mouvements respiratoires mobiles.

Diagnostic hésitant entre cancer du pylore et cancer du colon. Laparotomie. Cancer de la vésicule biliaire avec envahissement de la portion sus-jacente du foie.

Observation VI

(Czerny 1893)

Femme, 33 ans. Douleurs épigastriques et dans la région du foie.

Ictère. Le bord du foie dépasse le rebord costal. On sent une tumeur qui répond à la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Cholécystite, cholélithiase.

Laparotomie. — La vésicule forme une tumeur dure, bosselée.

Diagnostic histologique. — Infiltration carcinomateuse de la paroi de la vésicule et des ganglions.

Observation VII

(Czerny 1895)

Femme, 32 ans. Douleurs anciennes dans l'hypocondre droit, vomissements bilieux, affaiblissement, amaigrissement, pas d'ictère. Tumeur dans la région de la vésicule, assez dure, large de 7 à 8 centimètres.

Diagnostic. — Chlolélithiase, cholécystite, calcul cystique.

Opération. — On retire de la vésicule 25 calculs et de nombreux débris de tumeur maligne.

A l'examen microscopique. — Carcinome ayant débuté par la muqueuse.

Observation VIII

(Clément, Société nationale de médecine de Lyon, 7 mars 1904)

Femme de 75 ans, ne présentant aucun antécédent. Pas d'ictère, pas de coliques hépatiques antérieures. Elle se plaignait surtout d'une grande faiblesse avec cachexie progressive. La marche de la maladie fut des plus rapides comme cela a lieu ordinairement, cinq à six mois.

A la palpation, on sentait un gros foie, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt, avec une tumeur

du volume d'un poing, très dure, paraissant indépendante du foie et de la respiration, séparée du bord du foie par une zone sonore. Il existait un peu d'ascite et un léger épanchement dans la plèvre droite. On pouvait penser à une tumeur de l'intestin, mais il n'y avait aucun signe intestinal.

En réalité, ce que nous sentions n'était pas la vésicule biliaire, mais un cancer de la vésicule.

A l'autopsie nous trouvâmes une vésicule en forme de rein, coiffée sur son fond par l'épiploon, parsemée de tumeur cancéreuse.

CONCLUSIONS

De l'étude des quelques observations que nous avons citées, nous pouvons conclure que le cancer primitif de la vésicule biliaire présente des difficultés de diagnostic le plus souvent insurmontables. On n'y trouve aucun signe certain, aucun caractère pathognomonique.

En effet, en dehors des formes classiques, hépatique et biliaire, il peut affecter une forme échinococcique, une forme calculeuse, une forme cirrhotique, une forme pylorique et une forme intestinale.

Si dans certains cas (très rares), l'étude des symptômes permet de différencier le cancer de la vésicule biliaire affectant une forme autre que les formes classiques, le plus souvent le clinicien est obligé, par la conscience même avec laquelle il étudie les signes, de porter un diagnostic qui, sans le satisfaire complètement, lui paraît répondre le mieux à l'allure clinique de la maladie qu'il a sous les yeux.

Aussitôt le diagnostic établi, et même dans les cas douteux, il faudra pratiquer la laparotomie exploratrice. Seule celle-ci pourra permettre de conclure sur la vraie nature de la maladie.

Denucé. — Tumeurs et Calculs de la Vésicule biliaire. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Durand-Fardel. — Cancer de la Vésicule biliaire et du Canal cholédoque. (Archives Générales de Médecine, 1840.)

Debove et Achard. — Maladies du Foie et des Voies biliaires.

Esnaut. — Cancer des Voies biliaires. Th. de Lyon, 1903.

Guyon. — Cancer de la Vésicule biliaire et anurie. (Annales des Maladies des organes génito-urinaires.)

Hartmann. — Société de Chirur. de Paris. Octobre 1899.

Jeraudel. — Société Anatomique, 1909.

Junquet. — Cancer du Pancréas et des Voies biliaires. Thèse de Lyon, 1908.

Lancereaux. — Épithélioma de la Vésicule biliaire. (Semaine Médicale, 1887.) — Traité sur les Maladies du Foie et du Pancréas.

Lermoyez. — Épithélioma cylindrique de la Vésicule biliaire. (Société Anatomique de Paris, 1882.)

Meunier. — Société Anatomique de Paris, 1893-1894.

Morin. — Épithélioma primitif de la Vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1891.

Patel. — Société Nationale de Médecine de Lyon, 1903.

Quenu. — Cancer de la Vésicule biliaire. (Bulletin de la Société de Chirurgie. Paris, 1908.) - Cancer des Conduits biliaires. (Revue de Chirurgie, 1909.)

Rauzier. — Cancer de l'Ampoule de Water. (Journal de Médecine interne, 1909.)

Ruthon. — Diagnostic et Traitement du Cancer primitif de la Vésicule. Thèse de Lyon, 1906.

Sonis. — Revue de Hayen, 1898.

Stiller. — Cancer primitif de la Vésicule biliaire. (Semaine Médicale, 1886.)

Saint-Fuscien. — Contribution à l'Étude du Cancer primitif de la Vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1897.

Terrier et Auvray. — Congrès français de Chirurgie, 1892 ; Revue de Chirurgie, 1895 ; Tumeurs du Foie et des Voies biliaires, 1901.

Thiriar. — Congrès français de Chirurgie, 1886.

Villard. — Gazette des Hôpitaux, 1872.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !